FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série N° 127

DE LA

RUPTURE PRÉMATURÉE

DES

MEMBRANES OVULAIRES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 10 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. LORRAIN (LUCIEN-MARIE-ERNEST-JOSEPH)

NÉ A BAR-LE-DUC (MEUSE), LE 18 JANVIER 1890

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. *Président.*
WEISS, Professeur . . . }
S. REMY, Agrégé . . . . } *Juges.*
FAIRISE, Agrégé . . . . }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & Cie

1920

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547202_0061

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série N° 127

DE LA

RUPTURE PRÉMATURÉE

DES

MEMBRANES OVULAIRES

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 10 juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. LORRAIN (LUCIEN-MARIE-ERNEST-JOSEPH)

NÉ A BAR-LE-DUC (MEUSE), LE 18 JANVIER 1890

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FRUHINSHOLZ, Professeur. *Président.*
WEISS, Professeur . . . *Juges.*
S. REMY, Agrégé . . . . *Juges.*
FAIRISE, Agrégé . . . . *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT & Cie

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✲, I ✪ ; NICOLAS, ✲, I ✪ ; PRENANT, ✲, I ✪ ; F. GROSS, O ✲, I ✪ ; M. CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, ✲, I ✪.

Professeurs :

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I ✪.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✲, I ✪.
Cliniq. de chir. infantile et orthopédie	M. FRŒLICH, ✲, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ✪.
Histologie	M. COLLIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✲, I ✪.

Professeurs Adjoints :

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires :

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS. ✪.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ✪, agrégé.
Accouchements (cours théorique)	M. S. REMY, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J PARISOT, ✲, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N...
Clinique d'électrothérapie	M. N...

Agrégés en exercice :

MM. S. REMY, A ✪
MICHEL, I ✪.
RICHON, ✲, I ✪.
ROBERT, I ✪.

MM. BUSQUET, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM THIRY, ✲, I ✪.
J. PARISOT, ✲, A ✪.
FAIRISE, A ✪.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✲, I ✪, FÉVRIER, G O ✲, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A mon Père et a ma Mère

Faible témoignage de ma profonde affection

A mon Frère

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

Monsieur le Professeur FRUHINSHOLZ

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges :

Monsieur le Professeur WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Nancy
Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur agrégé REMY

Monsieur le Professeur agrégé FAIRISE

A tous mes Maitres de la Faculté

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales et avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous sommes heureux de pouvoir ici exprimer notre reconnaissance et adresser tous nos remerciements à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy, qui nous ont guidé au cours de nos études et nous ont toujours prodigué leurs leçons avec la plus grande bienveillance.

Nos remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur Fruhinsholz, *qui après nous avoir fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse, a bien voulu encore nous faire celui d'en accepter la présidence. Nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude pour le précieux enseignement pratique que nous avons reçu de lui; ses cliniques magistrales, si vivantes, seront toujours présentes à notre esprit.*

Nous remercions bien vivement aussi M. le professeur Weiss *de l'amabilité avec laquelle il a consenti à faire partie de notre Jury. Nous n'oublierons jamais l'accueil si bienveillant que nous avons toujours trouvé près de lui.*

Nous le prions d'agréer le respectueux hommage de notre reconnaissance.

Que M. le professeur agrégé Remy *et M. le professeur agrégé* Fairise *veuillent bien accepter aussi nos vifs remerciements ainsi que l'expression de notre profonde gratitude.*

Nous nous faisons un plaisir tout particulier de remercier notre bon camarade, le docteur H. Vermelin, *qui nous a si aimablement guidé dans ce travail; qu'il soit assuré de notre sincère amitié.*

Que tous nos camarades d'études et en particulier les docteurs Champion, Borey, Guilhou *et* Bloch, *reçoivent ici le témoignage de notre affectueuse sympathie.*

DE LA

RUPTURE PRÉMATURÉE

DES MEMBRANES OVULAIRES

INTRODUCTION ET PLAN

Le travail que nous présentons a été établi sur les observations recueillies à la Maternité de Nancy, depuis le début de l'année 1900 jusqu'au mois d'avril 1920.

Il a porté sur 15.616 observations dans lesquelles nous avons puisé tous les renseignements qui pouvaient nous être utiles pour mener à bien cette étude.

Nous avons adopté le plan suivant :

A.— Un premier chapitre est consacré à la définition de la rupture prématurée ;

B. — Dans un deuxième chapitre, nous donnons un aperçu historique de la question ;

C. — Dans un troisième chapitre, nous montrons quelle est la fréquence de la rupture prématurée dans

la totalité des accouchements en général, et, ensuite, en particulier dans les cas de grossesse gémellaire, de gros œuf, d'hydramnios et de fœtus macéré. Enfin, nous recherchons l'époque de la grossesse où on l'observe principalement ;

D. — Un quatrième chapitre est consacré à l'étiologie. Ce chapitre lui-même est divisé en quatre parties. Dans une première partie, nous examinons les causes venant de la mère (âge, profession, parité, endométrite).

Dans une deuxième partie, les causes venant de l'enfant (présentation, position, engagement, poids).

Dans une troisième partie, les causes tenant au placenta (margination, insertion, endométrite).

Dans une quatrième partie, enfin, les causes d'origine extérieure (traumatismes, efforts, toux, etc.) ;

E. — Le cinquième chapitre est réservé à la symptomatologie.

F. — Nous examinons, dans un sixième chapitre, les conséquences de la rupture prématurée. Ce chapitre est divisé en sept paragraphes consacrés successivement :

1° à la date d'apparition des premières douleurs ;

2° à la durée de la dilatation ;

3° à la durée de l'expulsion ;

4° à la durée totale du travail ;

5° au délai et aux incidents de la délivrance (hémorragies, rétention et dissociation des membranes) ;

6° à l'infection du liquide amniotique ;

7° à la terminaison de l'accouchement;

G. — Dans un septième chapitre, nous traitons le pronostic :

1° pour la mère (fréquence des lésions des parties molles, suites de couches);

2° pour l'enfant (état de vie au moment de l'accouchement, traumatismes subis, destinée);

H. — Nous discutons le diagnostic dans un huitième chapitre;

I. — Le neuvième et dernier chapitre est réservé au traitement;

J. — Enfin, nous nous résumons et portons nos conclusions.

Nous avons cru intéressant d'annexer à la fin de ce travail un tableau statistique récapitulatif qui permettra de voir notre méthode de travail et de se rendre compte rapidement des résultats que nous avons obtenus.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

Normalement, les membranes ovulaires se rompent lorsque la dilatation est complète. A ce moment, sous l'influence des contractions utérines plus fréquentes et plus énergiques, les membranes n'étant plus soutenues par les bords du col et leur extensibilité étant arrivée à son point extrême, ne peuvent plus résister à la pression que leur fait subir le contenu de l'œuf; la poche des eaux alors bombe, fait saillie dans le vagin et se déchire spontanément, c'est la *rupture tempestive.*

Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Certaines fois, la dilatation étant complètement achevée, les membranes mettent un temps plus ou moins long avant de se rompre. *Cette rupture alors est dite tardive.*

D'autres fois, elles se déchirent avant que la dilatation ne soit complète. Il y a lieu, dans ce cas, de bien distinguer deux variétés :

Ou bien les membranes se rompent dans un intervalle compris entre les premières douleurs et la dilatation complète : c'est la *rupture précoce ;*

Ou bien elles se rompent avant tout début de travail et à une époque quelconque de la grossesse : c'est alors la *rupture prématurée.*

Il faut, répétons-nous, bien distinguer cette rupture prématurée de la rupture précoce. Si nous croyons devoir insister sur ce point, c'est que, assez fréquemment, au cours de nos recherches, nous avons rencontré, soit dans les observations que nous avons parcourues, soit même dans certains auteurs, la confusion entre rupture prématurée et rupture précoce.

Nous appellerons donc rupture prématurée des membranes ovulaires, la rupture qui se fait à une époque quelconque de la grossesse et avant tout début de travail.

C'est de celle-ci seule que nous nous occuperons au cours de cette thèse.

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE

Déjà, dans les siècles passés, les accoucheurs avaient connaissance de la rupture prématurée des membranes de l'œuf. Hippocrate lui-même l'a observée. Nous l'avons trouvée mentionnée dans ses œuvres. Il constate qu'elle occasionne une certaine lenteur et une certaine difficulté dans l'accouchement : « Chez quelques femmes, écrit-il, les eaux s'écoulent avant l'accouchement ; de la sorte, nécessairement, les douleurs sont sèches et laborieuses. Celles, au contraire, dont les eaux ne sortent pas prématurément, accouchent plus facilement. »

Au XVI^e^ siècle, Ambroise Paré, traitant des causes de la difficulté d'enfanter, dit : « Le vice vient... parce que l'enfant n'a pas suiui assez tôt les eaux pour ce qu'estans vacuées, il demeure à sec et que la matrice s'est resserrée et toutes les autres parties ; parquoy le

dit enfant ne peut sortir hors qu'avec une très grande difficulté.

« L'enfantement se connoistra estre difficile quand les eaux sont escoulées long tems devant que l'enfant sorte. »

Dionis, en 1718, accuse encore la rupture prématurée d'être une des causes de la difficulté du travail. « Il est encore vrai que ce qui est contenu dans la matrice peut rendre l'accouchement laborieux, si les membranes de l'enfant sont trop foibles et qu'elles se percent trop tôt les eaux écoulées long-tems avant qu'il soit en état de sortir font qu'il demeure à sec. »

Mauriceau écrit que la minceur et la faiblesse des membranes font que les eaux les percent trop tôt et rendent ainsi l'accouchement difficile, car « étant écoulées avant le temps, il (l'enfant) demeure à sec dans la matrice. »

Dans les observations qu'il a publiées en 1738, il signale un certain nombre de cas de rupture prématurée qui se sont produites de longues heures ou même plusieurs jours avant tout début de travail. Certaines de ces ruptures ont rendu l'accouchement laborieux, comme celles, par exemple, qu'il signale dans ses observations nos 42, 74, 312. D'autres ne semblent pas avoir retardé la marche du travail (observations nos 60, 617).

Parfois, l'enfant peut souffrir et même succomber à la suite de cette rupture. Dans l'observation 74 « accouchement d'une femme qui avait vuidé les eaux de son enfant depuis six jours sans avoir eu aucune manifeste ouverture de la matrice », l'enfant est mort « par la

longueur du laborieux travail de la mère après l'écoulement des eaux depuis si long-tems ».

Dans l'observation 570, la femme accouche d'un enfant mort sept jours après l'écoulement de ses eaux. Mauriceau attribue cette rupture à une chute qu'avait faite la mère un jour avant; il signale même qu'à la suite elle avait omis de garder le repos.

D'autres fois, l'enfant peut ne pas se ressentir de l'ouverture prématurée de l'œuf (observation 617), la femme ayant perdu les eaux sept jours avant, sans douleurs « l'enfant vient à terme naturellement ». Il signale même, dans son observation nº 60, un cas où, à trois mois et demi, la femme perdit les eaux en dormant; ce qui ne l'a pas empêché d'accoucher à terme. Le traitement qu'il préconise dans ce cas est le repos.

Dans son *Traité des Accouchements,* Puzos, en 1759, signale que les membranes trop minces sont une cause de la rupture prématurée. « On remarque, dit-il, que les femmes grasses, sans doute parce qu'elles ont la fibre plus lâche, ont plus ordinairement les membranes faibles et trop faciles à se rompre ».

Dans ce même auteur, nous lisons (page 112 : « L'écoulement prématuré des eaux, vraies ou fausses, est bien un signe que la femme accouchera bientôt; mais cet écoulement n'annonce pas toujours le commencement du travail, et j'ai vu des femmes être plusieurs jours dans cet état sans accoucher; on peut même être assuré que tant que l'écoulement durera, la femme n'accouchera pas. Cependant, quand les eaux seront sur la fin, elles deviendront glaireuses et sanguinolentes,

et alors le travail est près de se déclarer, et la femme accouchera bientôt. »

Il est un peu plus optimiste et rassurant sur la marche de l'accouchement et la destinée de l'enfant : « On croit, dans le public, que l'écoulement prématuré des eaux rend l'accouchement plus difficile ; parce qu'alors, dit-on, il se fait à sec. Les gens de l'Art, qui ont un peu pratiqué ne donnent point dans un tel préjugé ; ils savent que les parties dont la dilatation est nécessaire pour l'accouchement sont moins humectées par les eaux que par les humidités glaireuses et sanguinolentes qui sortent de la matrice, quelquefois même avant que les membranes soient percées ; quoiqu'elles sortent toujours en plus grande quantité quand les eaux sont écoulées ».

Cependant, plus loin (page 123), il reconnaît que l'écoulement prématuré des eaux est un obstacle capable de ralentir les douleurs et d'allonger le travail ; mais, dit-il, « il faut cependant convenir que la sortie trop prompte des eaux n'empêche pas que l'accouchement ne se fasse et que l'enfant ne vienne à bien. »

Levret, en 1761, et Deleurye, en 1777, écrivent que l'écoulement prématuré des eaux retarde l'accouchement et le rend difficile et laborieux.

Deleurye dit que : « la longueur de ce travail vient de ce que la matrice, dans ses contractions, presse sur un corps inégal, que la tête de l'enfant ne dilate pas aussi facilement l'orifice, surtout si la dilatation du cercle était petite lorsque les eaux se sont écoulées ».

Baudelocque, un peu plus tard, en 1796, émet la

même opinion, imputant à la minceur des membranes cette déchirure prématurée. Si l'accouchement est alors rendu plus long et plus difficile, c'est « parce qu'une des causes qui devait coopérer à la dilatation de l'orifice vient à manquer avant que cette dilatation ne soit faite ».

Comme Baudelocque, A. Petit, en 1798, reconnaît que la finesse des membranes prédispose à la rupture prématurée, qui rend alors le travail plus long et plus laborieux. Il reconnaît de plus l'influence de l'effort sur la rupture des membranes « si elles (les eaux) sortent brusquement; il y a, pour lors, rupture dans les membranes, suite d'un effort quelconque ».

Au début du XIX^e^ siècle, Stein émet, à la suite de la rupture prématurée, un pronostic assez sombre pour le fœtus « qui, malgré cela, quelquefois ne cesse pas de vivre et de croître; quoique ses parties soient comprimées et froissées dans l'étroite cavité de la matrice, ne peut se dispenser de succomber à un accouchement prématuré ».

M^me^ Lachapelle n'est pas plus rassurante; elle redoutait beaucoup la rupture prématurée qui prédispose, dit-elle, à l'inertie utérine et à la mort de l'enfant par pression de l'utérus sur son corps. « Plus il y a de temps que le travail dure, plus, par-dessus tout, il y a de temps que les membranes sont rompues, plus la mère et l'enfant sont en péril. »

Capuron, en 1828, dit que l'accouchement peut se trouver retardé du fait de la rupture prématurée. De plus, la tête du fœtus portant immédiatement sur le col,

l'entr'ouvre avec violence. « Ce n'est plus un liquide dont la douce et molle pression dilate graduellement l'orifice utérin ; c'est, au contraire, un coin solide qui en écarte les fibres, les irrite et quelquefois les déchire. Quelles souffrances pour la mère ! D'un autre côté, l'eau de l'amnios n'étant plus dans la matrice pour en émousser ou en modérer la force expultrice, le fœtus doit nécessairement la supporter tout entière. Il doit donc être serré de toutes parts ; le cordon ombilical est comprimé et ne reçoit plus une seule goutte de sang, la circulation s'arrête, l'apoplexie et la mort sont à craindre. »

Cazeaux lui attribue aussi un travail plus long, plus difficile et aussi plus dangereux pour l'enfant. Comme dans certains cas cette rupture se produit dans le sommeil et sans douleurs antérieures, il admet, pour l'expliquer, que c'est à des contractions non douloureuses qu'il faut l'attribuer, « à moins qu'on aime mieux en voir la cause dans l'excessive tension de la poche amniotique ».

Scanzoni, en 1859, n'ajoute rien de nouveau en disant : « l'amincissement anormal des membranes peut occasionner l'écoulement prématuré des eaux et, par là, troubler le pouvoir contractile de l'utérus, occasionner des rétractions spasmodiques ».

Il nous faut arriver en 1867, avec Chailly-Honoré, pour être un peu plus rassuré. Il estime qu'on a beaucoup exagéré l'influence défavorable de la rupture prématurée sur la marche du travail. Il dit que « si l'on a pu croire que cette rupture prématurée ralentissait le

travail, c'est que ce phénomène ayant lieu avant l'apparition des premières douleurs, il avait dû naturellement s'écouler un temps assez long depuis cette époque jusqu'à la terminaison de l'accouchement et, alors, on avait cru à un travail bien plus prolongé qu'il ne l'était en effet, parce qu'on avait fait dater le travail de l'époque où la rupture des membranes s'est opérée ».

Dans certains cas même, il lui attribue une certaine utilité : « Dans les cas où l'utérus est trop distendu, elle permet à cet organe de revenir sur lui-même ; elle favorise les contractions et accélère ainsi le travail ».

Cependant, le travail peut être rendu plus dangereux pour l'enfant si la présentation reste élevée et ne bouche pas l'orifice ; car l'enfant, par suite de l'écoulement d'une grande quantité de liquide, cesse d'être protégé pendant les contractions. Cet inconvénient n'existe pas dans la majorité des cas de présentation du sommet.

Naegele et Grenser signalent l'écoulement prématuré des eaux comme une cause de contractions faibles et surtout douloureuses.

Depaul accuse les contractions utérines et la plus ou moins grande fragilité des membranes d'être la cause la plus ordinaire de la rupture prématurée.

Schroeder est également assez rassurant. Les membranes trop minces peuvent donner lieu à la rupture prématurée, « ce qui, lorsque la partie fœtale qui se présente est encore mobile, permet à la plus grande partie du liquide amniotique de s'écouler. Pourtant, habituellement, il reste encore dans l'utérus assez de

liquide pour que les phénomènes mécaniques de l'accouchement ne soient pas entravés.

En 1879, Ribemont-Dessaignes étudie le mécanisme de la rupture tempestive des membranes, la force nécessaire pour l'effectuer; mais la lumière est loin d'être faite sur la rupture prématurée.

En 1881, Pinard entreprend l'étude de la rupture prématurée.

Tarnier et Chantreuil disent que l'écoulement prématuré des eaux n'a pas d'influence fâcheuse soit sur la santé de la mère, soit sur la santé de l'enfant, quand la femme est à terme ou près du terme et qu'il s'agit d'une présentation du sommet. « Si la femme n'est pas à terme, le pronostic peut être, au contraire, fâcheux, car la rupture de la poche des eaux entraînera probablement l'avortement ou l'accouchement prématuré. Nous ajouterons que cet écoulement prématuré de liquide amniotique est aussi très défavorable dans les présentations du tronc, en rendant la version beaucoup plus difficile. »

Charpentier signale qu'il est très fréquent de voir se produire prématurément la rupture des membranes. « Ordinairement, dit-il, cette rupture coïncide avec l'apparition des premières douleurs. » Il lui attribue, en général, peu d'importance. Cependant, en cas d'enfant mort, elle peut avoir des conséquences graves. « En permettant, en effet, à l'air d'arriver dans la cavité de l'œuf, elle favorise la putréfaction de ce fœtus et, pour peu que l'expulsion de ce fœtus tarde à se faire, le développement des gaz putrides dans la cavité utérine,

par suite des altérations du fœtus, devient une cause énorme de danger pour la mère. »

En 1883, un des élèves de Pinard, Lacaille, consigne que : « Quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, la femme perd de l'eau ou du sang, et la rupture des membranes, ainsi que l'accouchement, se font prématurément.

« Si le placenta empiète sur le segment inférieur, la grossesse par ce seul fait, sera entravée dans son évolution à dater du septième mois, et la rupture des membranes précédera toujours la dilatation complète et souvent même tout travail. »

Barnes, en 1886, n'ajoute rien de nouveau ; il reconnaît que la rupture prématurée peut ralentir le travail. Mais, « si le travail se fait à terme et si c'est la tête qui se présente, la mère et le fœtus peuvent n'en pas souffrir ; mais dans les présentations de l'épaule, l'expulsion prématurée des eaux permet à l'utérus de comprimer l'enfant et la version en est rendue beaucoup plus difficile. »

Pinard, en 1886, fait paraître dans les *Annales de Gynécologie* un mémoire consacré à la rupture prématurée et conclut que cette dernière est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur. « L'accouchement prématuré est très souvent provoqué par la présence du placenta sur le segment inférieur, soit qu'il y ait hémorragie, soit qu'il y ait rupture prématurée des membranes, soit qu'on n'observe ni l'un ni l'autre de ces accidents. »

Varnier ne fait que signaler la rupture prématurée,

renvoyant son étude à celle de l'insertion vicieuse du placenta.

Von Winckel, de Munich, parmi les causes, cite surtout l'âge de la femme (les primipares âgées sont d'autant plus prédisposées qu'elles sont plus âgées ; pour les multipares, la fréquence augmente après la 30e année), les présentations vicieuses, le rétrécissement du bassin, l'endométrite, la distension excessive de l'œuf, la rigidité du col et le traumatisme, qui peut être une cause occasionnelle. D'autre part, il ne croit pas que la ténuité des membranes soit une cause de rupture prématurée. Il constate que celle-ci abrège le travail. Il ne porte pas un pronostic très favorable pour la mère comme pour l'enfant « bien que, toutefois, la rupture prématurée ne soit pas nécessairement suivie de conséquences funestes. »

Bar accuse la rupture prématurée d'être une cause d'infection et, comme causes de rupture, il signale l'excès de tension et la friabilité des membranes. Il insiste sur l'inflammation du tissu interannexiel comme cause d'adhérence des membranes et, par conséquent, de la rupture prématurée de l'œuf.

Ribemont-Dessaignes, dans son *Traité d'Obstétrique*, fait un véritable chapitre de la rupture prématurée. Il signale surtout comme causes : l'excès de tension ou la trop grande abondance de liquide amniotique. « La minceur et la fragilité des membranes, dit-il, est une cause insuffisamment prouvée et semble plutôt discutable ». Il se rallie à l'opinion de Pinard, en reconnaissant comme cause la plus fréquente l'insertion vicieuse du placenta.

Le pronostic qu'il porte pour la mère comme pour l'enfant est, somme toute, assez favorable et dépend surtout, dit-il, de la flore microbienne du vagin.

En résumé, les anciens redoutaient la rupture prématurée de la poche des eaux, en lui reprochant d'abord de rendre l'accouchement plus long, plus laborieux et plus douloureux, ensuite de le rendre plus dangereux pour l'enfant, enfin de rendre irréductible les présentations vicieuses et de diminuer les contractations utérines.

D'une manière générale, de nos jours, les accoucheurs sont plus rassurants et ne la redoutent plus autant car, habituellement, elle abrège plutôt le travail et retentit peu sur la santé de la mère ainsi que sur celle de l'enfant.

CHAPITRE III

FRÉQUENCE
ET
ÉPOQUE DE LA GROSSESSE

pendant laquelle se produit particulièrement la rupture prématurée des membranes

Fréquence

La rupture prématurée des membranes ovulaires n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait tout d'abord le croire. Ceci va peut-être un peu surprendre, car si on lit les ouvrages des auteurs qui ont traité de la question, on voit que cette rupture se produirait :

308 fois sur 2.000 accouchements, soit une proportion de 15 °/₀ (Garipuy) ;

147 fois sur 1.394 accouchements, soit 10,5 °/₀ (Pinard). Cependant, cet auteur fait observer que sa statistique ne peut donner une idée de la fréquence

absolue de la rupture prématurée, étant données les conditions d'admission dans son service. « Car, dit-il, toutes les femmes présentant des conditions normales sont envoyées chez les sages-femmes, tandis que celles ayant une anomalie quelconque, sont retenues dans le service où elles accouchent. Or, toutes celles chez lesquelles un écoulement prématuré de liquide amniotique était constaté restaient dans le service » ;

534 fois sur 4.416 accouchements, soit une proportion de 12 °/₀ (Demelin) ;

Von Winckel, de Munich, l'évalue à 27 °/₀ ;

Valenta à 24,2 °/₀ ;

Eisenhart à 27,09 °/₀.

Nous n'avons pas, pour notre part, rencontré une telle proportion.

Sur un total de 15,616 accouchements, nous avons trouvé 436 ruptures prématurées, soit une proportion de 2,79 °/₀. Nous sommes donc loin des résultats donnés par les auteurs précédemment cités, et il est évident qu'une si faible proportion va étonner. Mais, si l'on veut bien se reporter à la définition que nous avons donnée de la rupture prématurée, on en trouvera l'explication.

En effet, nous avons trouvé presque toujours la confusion entre rupture prématurée et rupture précoce (la délimitation, il est vrai, en est quelquefois un peu délicate) ; mais alors, si on n'établit pas rigoureusement la distinction nette entre ces deux modes de ruptures, il est de toute évidence que l'on atteindra les chiffres élevés qui ont été fournis. Pinard ne commet pas cette confusion. Le nombre de ruptures prématurées qu'il

donne pourra, dit-il, paraître exagéré, mais il en donne l'explication ; nous avons relaté cette dernière un peu plus haut.

Dans les observations données par Demelin *(Revue et Mémoires d'Obstétrique)*, nous voyons indiquées, comme ruptures prématurées, des ruptures qui ne sont autres que des ruptures précoces. Ainsi nous lisons : Observation VI, page 163, « *Rupture prématurée spontanée des membranes le 27 mai. Apparition des premières douleurs le 18* ».

Observation VIII (page 167) « *Apparition des premières douleurs le 18 janvier, à 10 heures du soir. Rupture prématurée des membranes le 20 janvier, à 4 heures du matin* ».

Garipuy dit que de l'analyse de ses observations, *il résulte que le cas le plus fréquent est celui de la rupture des membranes dès l'apparition des premières douleurs.* Il s'agit donc bien là encore de ruptures précoces et non, à proprement parler, de ruptures prématurées.

Nous lisons également dans von Winckel (de Munich) que, d'après les relevés faits par son élève Eisenhart, *la rupture de la poche se produit le plus fréquemment avant la dilatation complète.* Il y a donc là encore confusion entre les deux modes de ruptures prématurée et précoce. Il s'ensuit donc forcément que les proportions trouvées sont de beaucoup plus fortes que celles que nous donnons.

Dans la totalité des 15.616 observations qui forment le fond de notre travail, nous avons relevé tous les cas d'hydramnios, de fœtus macéré, de gros œuf et de

grossesse gémellaire. Nous avons alors recherché, dans ces quatre catégories, quelle était la fréquence des ruptures prématurées.

Les résultats que nous avons obtenus sont les suivants :

Sur 139 cas d'hydramnios, il y a 8 ruptures prématurées, soit une proportion de 5,76 %;

Sur 290 cas de fœtus macéré, il y a 13 ruptures prématurées, soit une proportion de 4,48 %;

Sur 416 cas de gros œuf, il y a 36 ruptures prématurées, soit une proportion de 8,65 %;

Sur 191 cas de grossesse gémellaire, il y a 29 ruptures prématurées, soit une proportion de 15,18 %.

La gémellité et le gros œuf ensuite semblent donc être deux causes qui prédisposent particulièrement à la rupture prématurée. L'hydramnios et la macération du fœtus ne viennent ensuite qu'en second lieu.

Epoque de la grossesse pendant laquelle se produit la rupture prématurée

La rupture prématurée des membranes de l'œuf peut se produire à une époque quelconque de la grossesse. Aussi avons-nous voulu rechercher à quel moment se faisait plus particulièrement cette rupture.

Elle peut se produire dès les premiers mois; nous l'avons rencontrée à 3 mois et demi.

Avant 6 mois, elle se produit 11 fois sur 436 cas, soit 2,77 %;

De 6 à 8 mois, elle se produit 42 fois sur 436 cas, soit 10,52 °/₀ ;

A 8 mois, elle se produit 65 fois sur 436 cas, soit 16,28 °/₀ ;

A 8 mois et demi, elle se produit 87 fois sur 436 cas, soit 21,80 °/₀ ;

A 9 mois, elle se produit 194 fois sur 436 cas, soit 48,62 °/₀.

Il résulte donc qu'elle s'observe surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse et principalement lorsque la femme est au voisinage du terme.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Dans ce chapitre, nous allons examiner successivement les diverses causes qui peuvent déterminer la rupture prématurée de la poche des eaux.

Nous avons divisé ce chapitre en quatre parties.

Dans une première partie, nous examinerons les causes venant de la mère (âge, profession, parité, endométrite);

Dans une deuxième partie, celles venant de l'enfant (présentation, position, engagement, poids);

Une troisième partie comprendra les causes tenant au placenta (margination, insertion, endométrite);

Dans une quatrième partie, enfin, seront réunies les causes d'origine extérieure (traumatismes, efforts, toux, etc.).

Première Partie

Causes venant de la mère

1° Age de la femme. — C'est surtout chez les femmes âgées de 20 à 30 ans que se rencontre plus fréquemment la rupture prématurée. Sur 436 cas, nous l'avons trouvée 256 fois, ce qui donne une proportion de 58,71 %.

Au delà de 30 ans, cette rupture se rencontre encore dans la proportion de 144 pour 436, soit 33,25 %.

Avant 20 ans, elle est beaucoup moins fréquente et ne se trouve plus que 33 fois sur 436, soit seulement 7,61 %.

2° Influence de la profession. — La profession semble avoir une influence manifeste. C'est chez les femmes qui exercent une profession fatigante, qui nécessite en particulier un travail debout, telle que : ménagère surtout, cultivatrice, repasseuse, cuisinière, ouvrière d'usine, employée de tramway, que se produit principalement cette rupture prématurée. Nous l'avons trouvée 234 fois, ce qui représente la proportion de 51,83 %.

Les femmes exerçant une profession assise (couturière, brodeuse, employée de bureau, bonnetière, dentellière, etc.), sont beaucoup moins sujettes à voir leurs membranes se rompre prématurément. Nous n'en

avons trouvé que 101 cas, soit une proportion de 23,16 °/₀.

Il reste une proportion de 25 °/₀ pour les femmes dites sans profession. Nous les plaçons dans une catégorie intermédiaire aux deux précédentes; car bien qu'elles puissent se reposer, elles sont obligées de vaquer dans la journée aux occupations plus ou moins pénibles de leur ménage, ce qui, croyons-nous, peut favoriser l'écoulement prématuré de leurs eaux.

En conclusion, la rupture prématurée s'observe surtout et dans de fortes proportions chez les femmes qui exercent une profession fatigante, nécessitant un travail debout.

3° Influence de la parité. — Ce sont les primipares âgées de 20 à 30 ans qui viennent en tête, dans la proportion de 132 sur 433, soit 30,48 °/₀.

Immédiatement après elles viennent les multipares âgées de plus de 30 ans, et les multipares dont l'âge est compris entre 20 et 30 ans.

Les premières dans la proportion de 129 sur 433, soit 29,33 °/₀.

Les dernières dans la proportion de 124 sur 433, soit 28,63 °/₀.

La proportion tombe ensuite brusquement à 29 sur 433, soit 6,69 °/₀ avec les primipares âgées de moins de 20 ans.

Enfin, en dernier lieu, viennent les primipares âgées de plus de 30 ans et les multipares âgées de moins de 20 ans, avec une proportion de 17 sur 433, soit 3,92 °/₀ pour les primipares âgées et de

4 sur 433, soit 0,92 % pour les multipares de moins de 20 ans.

Pinard nous dit qu'au cours de la grossesse, il y a généralement développement parallèle de la paroi utérine et des membranes de l'œuf, développement nécessité par l'extension croissante du contenu utérin, liquide amniotique et fœtus.

Lorsque dans les trois derniers mois, le développement de la cavité utérine s'effectue surtout aux dépens du segment inférieur, la souplesse et l'élasticité des membranes (chorion et amnios) leur permet de suivre ce mouvement d'expansion et de rester accolés à la caduque utérine, cette dernière suit d'une façon synergique l'extension de la paroi de l'utérus.

Lorsque le col s'efface, c'est-à-dire lorsque l'œuf pénètre dans la cavité cervicale, soit par suite du « glissement de l'œuf le long de la paroi utérine », soit — comme je le crois aussi — par suite du « glissement de la paroi utérine le long des membranes de l'œuf », il y a rupture du faisceau membraneux.

Pendant la grossesse, les membranes doivent conserver constamment des rapports de contiguïté et de continuité, rapports qui ne sont troublés, rompus, qu'au moment de l'accouchement. En est-il toujours ainsi ? Nous ne le croyons pas.

Si, en effet, les membranes fœtales (amnios et chorion) subissent une pression localisée, que se produit-il ou que peut-il se produire ?

Chez les multipares, le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins

prononcé, l'accommodation pelvienne se produit plus tardivement. Il semble que la rupture devrait être plus fréquente chez les primipares que chez les multipares, et cependant c'est le contraire qu'on observe.

Garipuy, sur 308 cas, trouve :

189 multipares ;
119 primipares.

Pinard, sur 147 cas, trouve :

93 multipares ;
54 primipares.

Nous-même, sur 433 cas, trouvons :

255 multipares ;
178 primipares.

Seulement l'insertion vicieuse du placenta est plus fréquente chez les multipares que chez les primipares.

Aussi, comme Pinard, pouvons-nous croire la rupture prématurée plus fréquente chez les primipares que chez les multipares. *Toutes choses égales d'ailleurs.*

4° Influence de l'endométrite. — L'endométrite déciduale peut être une cause de friabilité particulière des membranes et prédisposer de ce fait à la rupture prématurée. Nous n'en avons trouvé signalés que 13 cas sur les 436 cas de rupture prématurée que nous avons recueillis, ce qui donne seulement une proportion de 2,98 %.

Mais, sur ce point, nous ne pouvons faire entrer en ligne de compte les statistiques de la Maternité, car, assurément, tous les cas d'endométrite n'ont pas dû être signalés sur les observations que nous avons lues.

Deuxième Partie

Causes venant de l'enfant

1° Influence de la présentation. — Parmi la totalité des observations sur lesquelles nous avons travaillé, nous avons dénombré très exactement les présentations du sommet, du siège et de l'épaule.

Nous avons ainsi trouvé :

12.789 présentations du sommet,
489 — du siège,
109 — de l'épaule.

Il reste un total de 2.229 cas représentant des avortements et des présentations qui n'ont pas été indiquées.

Parmi les 436 cas de rupture prématurée recueillis, nous avons trouvé :

370 présentations du sommet,
47 — du siège,
11 — de l'épaule.

Dans 8 observations, la présentation n'a pas été notée.

Si l'on rapproche les uns des autres ces divers résultats, on voit que :

Sur un total de 12.789 sommets, la rupture prématurée se produit 370 fois, ce qui donne une proportion de 2,89 %.

Sur un total de 489 sièges, la rupture prématurée se produit 47 fois, ce qui donne une proportion de 9,61 %.

Sur un total de 109 épaules, la rupture prématurée se produit 11 fois, ce qui donne une proportion de 10,09 %.

La présentation du fœtus joue donc également un rôle. Elle détermine une distension plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur.

Hubert (de Louvain) dit : « J'ai cru remarquer que la rupture des membranes avant le travail survenait surtout quand l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne ». Il avait bien observé, mais il l'expliquait par la pression du pied sur les membranes.

Pinard pense que le siège, en raison de son volume et de sa forme irrégulière, détermine des pressions localisées qui, le plus souvent, entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta.

La présentation du tronc, plus encore que le siège, détermine des distensions exagérées.

Les résultats obtenus montrent que proportionnellement c'est parmi les présentations de l'épaule surtout, et du siège ensuite, que l'on trouve les plus nombreux cas de rupture prématurée.

2° Influence de la position. — Nous avons simplement noté les positions antérieures et postérieures, sans tenir compte des positions droite ou gauche.

Si l'on réunit les chiffres indiqués par les divers auteurs, on trouve que les positions antérieures sont

normalement plus fréquentes que les positions postérieures ; on trouve en moyenne que :

Les positions antérieures existent dans 63 % des cas ;

Les positions postérieures existent dans 38 % des cas.

Dans 340 cas de rupture prématurée, nous avons trouvé :

218 ruptures prématurées pour les positions antérieures, soit 64,10 % ;

122 ruptures prématurées pour les positions postérieures, soit 35,88 %.

C'est donc dans les positions antérieures que la rupture prématurée est le plus fréquente.

3° Influence de l'engagement fœtal. — La partie du fœtus qui se présente peut être ou engagée, ou simplement amorcée, ou bien encore rester mobile.

Il nous a alors paru très intéressant de rechercher quel était le degré d'engagement fœtal au moment de la rupture prématurée, afin de voir ainsi quelle pouvait être son influence sur cette dernière.

En voici les résultats :

1° Pour toutes les présentations : dans 58 cas, soit 19,01 % la présentation était mobile ;

Dans 71 cas, soit 23,27 % la présentation était amorcée ;

Dans 176 cas, soit 57,70 % la présentation était engagée.

2° Pour les sommets en particulier :

Dans les 370 présentations du sommet, avec rupture prématurée, l'engagement a été noté seulement 276 fois ;

53 fois, soit 19,20 %, la présentation du somme test restée mobile ;

62 fois, soit 22,46 %, la présentation du sommet était amorcée ;

161 fois, soit 58,33 %, la présentation du sommet était engagée.

Dans la grande majorité des cas, c'est donc lorsque la partie fœtale est engagée que s'observe sutout la rupture prématurée. Cazeaux lui-même avait déjà constaté cette particularité. « Il m'a semblé, dit-il, que cette rupture prématurée coïncidait avec une présentation du sommet fortement engagée dans l'excavation » ; et il attribue alors la rupture à des contractions utérines non douloureuses ou à l'excessive tension de la poche amniotique.

4° Influence du poids de l'enfant. — Le poids de l'enfant peut-il exercer une influence quelconque sur la rupture des membranes ? C'est un point que nous avons tenu également à rechercher.

Pour ce faire, nous avons établi cinq catégories, comprenant :

1° Les enfants d'un poids inférieur à 2.500 gr. ;

2° Les enfants pesant de 2.500 à 3.000 gr. ;

3° Les enfants pesant de 3.000 à 3.500 gr. ;

4° Les enfants pesant de 3.500 à 4.000 gr. ;

5° Les enfants d'un poids supérieur à 4.000 gr.

Dans 96 cas, soit 22,32 °/₀, le poids de l'enfant était inférieur à 2.500 gr.

Dans 137 cas, soit 31,86 °/₀, le poids de l'enfant variait de 2.500 à 3.000 gr.

Dans 118 cas, soit 27,44 °/₀, le poids de l'enfant variait de 3.000 à 3.500 gr.

Dans 30 cas, soit 6,97 °/₀, le poids de l'enfant variait de 3.500 à 4.000 gr.

Enfin, dans 49 cas, soit 11,39 °/₀, le poids de l'enfant était supérieur à 4.000 gr.

Il semble donc bien que le poids de l'enfant n'ait pas une grande influence par lui-même sur la rupture prématurée de la poche des eaux. Cependant, il est un fait à remarquer : c'est que la majorité de ces enfants est d'un poids un peu inférieur à la moyenne.

Ceci tient à ce que la moitié environ de ces enfants ne naissent pas à terme.

Troisième Partie

Causes tenant au placenta

1° Margination. — Elle ne semble pas avoir beaucoup d'action sur la rupture prématurée des membranes. Nous n'en avons trouvé que 14 cas, ce qui fait une proportion de 3,21 °/₀.

2° Insertion basse. — Il n'en est pas de même pour l'insertion basse du placenta, qui est certainement une des causes importantes de rupture prématurée.

Pinard l'avait déjà signalée en 1886 : « Quand le placenta est sur le segment inférieur, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son ouverture ne peut prendre part au développement ; aussi l'ampliation se fait aux dépens d'une partie du segment inférieur seulement, et cette partie subit une distension considérable. D'un autre côté, l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta, il ne peut prêter de ce côté ; il tire sur le placenta et si celui-ci ne cède pas bientôt, il se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps, mais comme il est seul à supporter la pression intra-amniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement.

« C'est ainsi que je crois pouvoir expliquer le mécanisme suivant lequel se produit la rupture prématurée des membranes lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur. Ainsi : expansion considérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissée libre par l'insertion du placenta, distension anormale du chorion, défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau par suite de la résistance du placenta, d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios. »

Nous en avons relevé 156 cas, ce qui donne une proportion de 35,77 %.

3° Endométrite. — Nous en avons seulement trouvé 12 cas, soit une proportion de 2,75 %. Cette très faible

proportion, qui surprend immédiatement, tient assurément à ce que tous les cas d'endométrite n'ont pas été signalés dans les observations que nous avons lues. Nous ne pouvons donc pas, dans ces conditions, en tenir compte.

Quatrième Partie

Causes d'origine extérieure

Nombreuses et variées sont les causes qui ont été invoquées pour expliquer la rupture prématurée de l'œuf. Laissons la parole à Varnier : « Les causes incriminées par les auteurs sont : fragilité des membranes, hydropisie de l'amnios, grossesse gémellaire, rétrécissement du bassin, mauvaises présentations, insertion vélamenteuse du cordon, efforts, coït, multiparité, hérédité, chaleur du lit, mauvaise alimentation, voire chagrin, etc...! J'en passe et des meilleures. »

Les causes d'origine extérieure semblent n'avoir que bien peu d'action. Pour notre part, nous n'en avons relevé que 21 cas, soit 4,81 % (toux, vomissements, efforts, chutes sur le ventre) *et encore croyons-nous ne devoir y attacher qu'une bien médiocre importance.*

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Pendant la grossesse, la rupture des membranes se traduit habituellement par l'écoulement brusque d'une quantité plus ou moins grande de liquide amniotique (hydrorrhée amniotique).

Cet écoulement, qui n'est pas douloureux, peut être continu si la rupture s'est faite au voisinage du col, à moins que la tête du fœtus, engagée profondément, ne fasse l'office de bouchon en en fermant l'orifice interne ; mais, dans ce cas, on peut faire apparaître de nouveau l'écoulement du liquide, en soulevant la tête avec le doigt.

Au lieu d'être continu, cet écoulement peut, d'autres fois, être intermittent. Cela tient à ce qu'au lieu de s'être faite aux environs de l'orifice interne, la rupture s'est produite à une distance plus ou moins grande du col.

Le liquide amniotique continuant à se former, il arrive que la quantité qui s'écoule peut être considérable et supérieure parfois à celle que pouvait contenir la poche des eaux. De plus, si la femme reste debout, elle arrive à perdre beaucoup plus de liquide que si elle demeure couchée.

Pendant le travail, les symptômes de la rupture prématurée sont différents, selon l'endroit où elle se produit.

Si la rupture s'est faite dans les environs du col, il ne peut pas y avoir, pendant le travail, de formation de poche des eaux.

Mais si cette rupture a eu lieu à une distance plus ou moins grande de l'orifice interne du col, il se forme alors, pendant le travail, une poche des eaux. Cette dernière, au lieu d'être tendue ou de bomber fortement dans le vagin, donne au doigt une sensation de flaccidité toute particulière.

Lorsque la femme est délivrée, on peut, en examinant les membranes tendues sur les doigts de la main, retrouver la trace de la rupture et en localiser par conséquent exactement le siège.

CHAPITRE VI

CONSÉQUENCES
DE LA
RUPTURE PRÉMATURÉE

1° Date d'apparition des premières douleurs

Pour donner sur ce point des résultats aussi exacts que possible, voici comment nous avons procédé : nous avons d'abord fait la distinction entre les primipares et les multipares, après quoi nous avons établi les six catégories suivantes, selon :

1° Que les premières douleurs sont apparues dans les deux heures suivant la rupture ;

2° Qu'elles sont apparues dans un intervalle de 2 à 4 heures ;

3° Qu'elles sont apparues dans un intervalle de 4 à 12 heures ;

4° Qu'elles sont apparues dans un intervalle de 12 à 24 heures ;

5° Qu'elles sont apparues dans un intervalle de 24 à 48 heures ;

6° Qu'elles sont apparues dans un délai dépassant 48 heures.

Nous avons, de cette façon, recueilli les résultats suivants :

1° Pour les Primipares

39 femmes, soit 22,80 °/₀, ont ressenti les premières douleurs dans les 2 heures suivant la rupture ;

23, soit 13,45 °/₀, dans un intervalle de 2 à 4 heures ;

43, soit 25,14 °/₀, dans un intervalle de 4 à 12 heures ;

22, soit 12,86 °/₀, dans un intervalle de 12 à 24 heures ;

20, soit 11,69 °/₀, dans un intervalle de 24 à 48 heures ;

24, soit 14,03 °/₀, ont ressenti les douleurs plus de 48 heures après la rupture.

2° Pour les Multipares

51 femmes, soit 20,56 °/₀, ont ressenti les premières douleurs dans les 2 heures suivant la rupture ;

30, soit 12,09 °/₀, dans un intervalle de 2 à 4 heures ;

54, soit 21,77 °/₀, dans un intervalle de 4 à 12 heures ;

30, soit 12,09 °/₀, dans un intervalle de 12 à 24 heures ;

33, soit 13,34 °/₀, dans un intervalle de 24 à 48 heures ;

50, soit 20,16 °/₀, ont ressenti les douleurs plus de 48 heures après la rupture.

De ce qui précède, il résulte donc que, chez les primipares, les premières douleurs apparaissent habituel-

lement dans un laps de temps variant de 4 à 12 heures après la rupture de la poche des eaux. Ce n'est qu'en plus faible proportion qu'elles dépassent un délai de 12 heures.

Chez les multipares, de même que chez les primipares, les douleurs apparaissent, dans la majorité des cas, de 4 à 12 heures après la rupture et dans les 2 heures qui la suivent. Cependant, il en est une forte proportion, 20,16 %, chez qui le travail ne se déclenche qu'au delà de 48 heures.

2° Durée de la dilatation

D'une façon toute générale, habituellement la période de dilatation varie de 11 à 13 heures pour les primipares et de 5 h. 50 à 7 h. 45 environ pour les multipares. Mais pour avoir un point de comparaison plus exact, prenons de préférence les moyennes de Varnier. Ce dernier donne, comme chiffre pour la période de dilatation, 12 heures pour les primipares et 7 heures pour les multipares.

Il nous a paru alors intéressant d'observer si la rupture prématurée exerçait une influence quelconque sur la durée de la dilatation.

Comme précédemment, nous avons encore fait la distinction entre les primipares et les multipares ; puis, ensuite, établi quatre colonnes dans lesquelles nous avons noté la durée de dilatation.

1° Dilatation durant moins de 4 heures ;

2° Dilatation durant de 4 à 12 heures ;

3° Dilatation durant de 12 à 24 heures ;

4° Dilatation durant plus de 24 heures.

Etant donné que dans 182 observations, il ne nous a pas été possible de calculer la durée de dilatation, nos résultats porteront donc seulement sur 254 cas.

1° Pour les primipares, nous avons trouvé les chiffres suivants :

Chez 11 femmes, soit 9,24 %, elle a duré moins de 4 heures ;

Chez 62, soit 52,10 %, elle a duré de 4 à 12 heures ;

Chez 25, soit 21 %, elle a duré de 12 à 24 heures ;

Chez 21, soit 17,64 %, elle a duré plus de 24 heures.

2° Pour les multipares :

Chez 33 femmes, soit 24,44 %, la dilatation a duré moins de 4 heures ;

Chez 65, soit 48,14 %, elle a duré de 4 à 12 heures ;

Chez 23, soit 17,03 %, elle a duré de 12 à 24 heures ;

Chez 14, soit 10,37 %, elle a duré plus de 24 heures.

Donc, chez la grande majorité des primipares, la durée de la dilatation semble un peu diminuée, puisqu'elle varie dans un intervalle compris entre 4 heures et 12 heures.

Il en est de même, semble-t-il, chez les multipares, dont 48,14 % ont une durée de dilatation variant de 4 à 12 heures et 24,44 % de moins de 4 heures.

En conclusion, la rupture prématurée des membranes diminue légèrement la durée de la dilatation chez les primipares comme chez les multipares.

3° Durée de l'expulsion

Celle-ci, d'après les moyennes de Varnier, serait de 1 h. 15 pour les primipares et de 0 h. 35 pour les multipares.

Nous avons procédé de la même façon pour l'établissement de ce paragraphe que pour celui des paragraphes précédents, c'est-à-dire qu'après avoir distingué les primipares des multipares, nous avons établi quatre colonnes dans lesquelles nous avons noté la durée de l'expulsion, selon qu'elle était d'environ 0 h. 30 minutes, qu'elle variait de 1 heure à 2 heures, ou qu'elle variait de 2 heures à 3 heures, ou qu'elle était égale ou supérieure à 3 heures.

Comme pour l'établissement de la durée de dilatation, nos recherches n'ont porté que sur 254 cas.

1° Primipares

Chez 37 femmes, soit 31,09 %, l'expulsion a duré environ 0 h. 30;

Chez 42, soit 35,29 %, l'expulsion a duré de 1 à 2 heures;

Chez 15, soit 12,60 %, elle a duré de 2 heures à 3 heures;

Et chez 25, soit 21 %, elle a duré 3 heures ou plus.

2° Multipares

Chez 100 femmes, soit 74,07 %, l'expulsion a duré environ 0 h. 30;

Chez 19, soit 14,07 °/₀, l'expulsion a duré de 1 heure à 2 heures ;

Chez 6, soit 4,44 °/₀, elle a duré de 2 à 3 heures ;

Et chez 10, soit 7,40 °/₀, elle a duré 3 heures ou plus.

Il résulte donc de ce qui précède que chez la majorité des primipares, la durée de l'expulsion varie entre 30 minutes et 2 heures. Elle serait donc un peu moins longue que normalement.

Chez la grande majorité des multipares, l'expulsion a une durée d'environ 30 minutes, par conséquent reste sensiblement égale à celle de l'accouchement normal.

4° Durée du travail

Après avoir examiné les durées de dilatation et d'expulsion, voyons maintenant si dans son ensemble la durée totale du travail est influencée par la rupture prématurée, et dans quelle proportion.

Dans la généralité des cas, le travail dure de 12 à 15 heures chez les primipares et de 6 à 8 heures chez les multipares. Varnier donne comme moyenne 13 h. 30 chez les primipares et 7 h. 30 pour les multipares.

Pour traiter ce paragraphe, après avoir, comme précédemment, encore fait la distinction entre primipares et multipares, nous avons fait quatre catégories selon que le travail :

1° Avait une durée de 6 heures ou de moins de 6 heures ;

2° Avait une durée de 6 à 12 heures ;

3° Avait une durée de 12 à 24 heures ;

4° Avait une durée de 24 heures ou de plus de 24 heures.

Nos résultats, qui ont porté sur 426 observations, sont les suivants :

1° Pour les Primipares

34 fois, soit 19,10 %, le travail a eu une durée de 6 heures ou de moins de 6 heures ;

61 fois, soit 34,26 %, il a eu une durée de 6 à 12 heures ;

47 fois, soit 26,40 %, il a eu une durée de 12 à 24 heures ;

Et 36 fois, soit 20,22 %, sa durée a été de 24 heures ou de plus de 24 heures.

2° Pour les Multipares

83 fois, soit 33,46 %, le travail a eu une durée de 6 heures ou de moins de 6 heures ;

86 fois, soit 34,67 %, il a eu une durée de 6 à 12 heures ;

40 fois, soit 16,12 %, il a eu une durée de 12 à 24 heures ;

Et 39 fois, soit 15,72 %, sa durée a été de 24 heures ou de plus de 24 heures.

Les accoucheurs anciens reprochaient entre autre à la rupture prématurée de la poche des eaux de rendre l'accouchement plus long et plus laborieux. D'après les résultats qui précèdent, nous voyons que dans la majorité des cas il n'en est rien et que, bien au contraire,

chez les primipares comme chez les multipares, la durée du travail est diminuée.

Nous conclurons donc que la rupture prématurée diminue en général la durée totale du travail.

5° Délai et incidents de la délivrance

Normalement, la délivrance se produit dans un délai qui peut varier de 30 à 45 minutes, quelquefois même beaucoup moins, après l'expulsion de l'enfant.

Dans les cas de rupture prématurée, nous avons recherché au bout de combien de temps elle se faisait.

Nos résultats ne portent que sur 243 observations.

Dans 231 cas, soit 95,06 %, la délivrance s'est faite en 45 minutes ou moins, dans 12 cas, soit 4,93 %, elle s'est faite au delà de 45 minutes.

Par conséquent, le délai de la délivrance n'est, dans la très grande majorité des cas, aucunement influencé par la rupture prématurée des membranes.

Par incidents de la délivrance, nous entendons les hémorragies, la rétention des membranes et la dissociation des membranes. Nous ne pouvons malheureusement pas faire entrer cette dernière en ligne de compte, car elle n'a presque jamais été signalée dans les statistiques de la Maternité.

Nous avons trouvé signalée l'hémorragie chez 48 femmes, soit 11 %; la rétention des membranes chez 15 femmes, soit 3,50 %.

Si l'hémorragie de la délivrance est aussi fréquente (11 %), cela tient très vraisemblablement à une des principales causes de la rupture prématurée, nous avons cité l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Les fibres musculaires faisant plus ou moins défaut dans cette région, il en résulte qu'après la sortie du délivre les sinus utérins demeurent plus ou moins béants.

6° Infection du liquide amniotique

Par suite de la rupture des membranes, l'œuf étant ouvert et communiquant de ce fait avec la cavité vaginale qui contient de nombreux germes, l'on peut redouter l'infection amniotique.

Il résulte d'après nos recherches que cette infection n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait le croire. Nous en avons rencontré seulement 32 cas, ce qui fait une proportion de 7,33 %.

7° Terminaison de l'Accouchement

Sur 436 cas de rupture prématurée relevés, 386 fois, soit 88,53 %, l'accouchement s'est fait spontanément, et 50 fois, soit 11,46 %, l'accouchement a nécessité des interventions.

Sur ces 50 accouchements dont la terminaison a nécessité des interventions, il y a eu en totalité :

26 applications de forceps, soit 52 % des interventions ;

14 versions et tractions manuelles, soit 28 %;

10 opérations mutilatrices (embryotomie, basiotripsie, etc.), soit 20 % des interventions.

Sur ces 26 forceps, 25 fois l'application a eu lieu sur des présentations du sommet, ce qui, pour 100, donne une proportion de 6,75.

En conclusion, dans les cas de rupture prématurée, l'accouchement, pour la très grande majorité, se termine spontanément.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

1° Pronostic maternel

Dans ce paragraphe, nous allons examiner quelle est la fréquence des lésions des parties molles consécutives aux accouchements avec rupture prématurée (les anciens, pour ce fait, redoutaient les couches sèches); ensuite l'état de santé de la femme pendant les suites de couches et, enfin, les résultats obtenus, nous conclurons en portant le pronostic définitif pour la mère.

Contrairement à ce que nous pouvions penser, les lésions des parties molles ne sont pas excessivement fréquentes. Nous en avons relevé 77 cas, ce qui représente une proportion de 17,66 %.

Etat de santé de la femme pendant les suites de couches. — Nous avons recherché la fréquence de l'élévation de température et celle des affections puerpérales pendant les suites de couches.

Nous avons fait pour cela trois catégories :

1° Suites de couches normales ;

2° Suites de couches pendant lesquelles la température n'a dépassé 38° qu'une seule fois ;

3° Suites de couches pendant lesquelles la température s'est maintenue au-dessus de 38° pendant plusieurs jours.

Sur 432 ruptures prématurées :

344 fois, soit 79,62 %, les suites de couches ont été normales ;

37 fois, soit 8,56 %, la température pendant les suites de couches a dépassé 38° une seule fois ;

51 fois, soit 11,80 %, la température pendant les suites de couches s'est maintenue au-dessus de 38° pendant plusieurs jours.

Bien que, dans la très grande majorité des cas, les suites de couches se passent sans incidents, il y a cependant une morbidité assez forte représentant une proportion de 20 %.

Nous conclurons donc que la rupture prématurée ne met pas par elle-même la mère en péril ; mais elle peut cependant prédisposer à l'infection, qui est à craindre non pas tant lorsque la rupture de la poche des eaux s'est produite tôt, mais surtout lorsque le travail est de longue durée. « Une femme enceinte qui

perd de l'eau plusieurs jours avant d'accoucher, dit Demelin, mais qui en finit rapidement une fois que le travail s'est mis en train, est dans une situation meilleure qu'une autre qui commence son accouchement par la rupture des membranes et qui reste longtemps en travail. »

2° Pronostic fœtal

Nous allons maintenant examiner quelles sont les conséquences de la rupture prématurée des membranes pour l'enfant.

Tout d'abord, nous rechercherons quelle est la proportion des enfants qui naissent en état de vie ; ensuite les traumatismes subis pendant l'accouchement ; enfin, quelle est la destinée des enfants qui sont nés vivants.

Pour terminer, nous conclurons en portant le pronostic définitif pour l'enfant.

Sur 436 accouchements avec rupture prématurée de la poche des eaux :

384 fois, ce qui représente une proportion de 88,07 %, l'enfant est né vivant ;

52 fois, ce qui représente une proportion de 11,92 %, l'enfant est né mort.

Si nous considérons à part les présentations du sommet, nous voyons que :

Sur les 370 présentations du sommet, 18 fois, soit 4,86 % l'enfant est né mort ;

Les traumatismes subis par l'enfant sont très rares ; nous n'en avons rencontré que 7 cas, soit une proportion de 1,60 °/₀.

Il est, d'autre part, très intéressant de savoir ce que deviennent les nouveau-nés et si, pour eux, la rupture prématurée de la poche des eaux n'amène pas des conséquences fâcheuses dans les jours qui suivent l'accouchement ; autrement dit, il est intéressant de chercher quelle est la mortalité de ces enfants.

Les résultats suivants vont nous l'indiquer :

Sur les 384 enfants qui sont nés vivants, il y en a 354 qui ont survécu, ce qui représente une proportion de 92,18 °/₀, et 30 qui ont succombé dans un temps plus ou moins long après l'accouchement. Ces 30 représentent une proportion de 7,81 °/₀.

Ces divers résultats sont donc relativement rassurants pour l'enfant et pendant l'accouchement et pendant les jours qui le suivent.

En conclusion donc, le pronostic pour l'enfant est en général favorable pendant et après l'accouchement. Les risques dépendent toutefois de trois facteurs :

1° De l'age de la grossesse auquel s'est fait l'accouchement. — Les risques sont ceux de l'accouchement prématuré, l'enfant naît vivant mais souvent succombe dans les jours qui suivent, par suite de la débilité et des accidents qu'elle entraîne ;

2° De la région de l'enfant qui se présente. — Les présentations de l'épaule sont particulièrement défavo-

rables. Par suite de l'absence de liquide amniotique et de la rétraction de l'utérus, la version est impossible ; l'enfant par conséquent est voué à une mort certaine;

3° De l'infection amniotique. — Comme nous l'avons dit précédemment, la longueur du travail, bien plus que la date plus ou moins lointaine de la rupture des membranes, est une cause favorisant l'infection amniotique. Outre que le fœtus peut lui-même souffrir particulièrement d'un travail qui traîne en longueur, sa vitalité est fortement compromise en cas d'infection amniotique. Même s'il naît vivant, dans les jours qui suivent l'accouchement, il est exposé à de graves accidents qui amènent le plus souvent une terminaison fatale (abcès, ophtalmie, infections ombilicales, ictère grave, infections respiratoires, digestives, etc.).

De plus, privé de la protection du liquide amniotique, l'enfant subissant directement les contractions utérines qui sont plus ou moins intenses et qui se succèdent plus ou moins rapidement, peut souffrir du fait de la diminution de l'apport sanguin, surtout si en un point quelconque le cordon subit quelque compression. Par suite de cette compression directe de l'utérus sur l'enfant, ce dernier peut naître en conservant pendant un temps plus ou moins long la position fœtale ou même en conservant des ankyloses articulaires. Ce fait, très rare, a été signalé par Fleck.

Cependant, nous le répétons, malgré ces accidents possibles, le pronostic pour l'enfant est favorable dans la majorité des cas.

CHAPITRE VIII

DIAGNOSTIC

« Il n'est pas toujours très facile, nous dit Garipuy, de savoir si les membranes sont rompues et si le liquide qui s'écoule est bien du liquide amniotique. Les femmes de la meilleure foi du monde vous diront parfois qu'elles perdent les eaux dès qu'elles se sentent mouillées par des mucosités vaginales ou des glaires venant du col. » Donc, il faut rarement croire sur parole ; il faut examiner le linge, pratiquer le toucher pendant une douleur.

Par conséquent, le premier point à établir est de reconnaître si l'écoulement d'eau qui se produit est bien du liquide amniotique. Nous rappelons, en passant, les caractéristiques de ce liquide : c'est un liquide clair, parfois légèrement blanchâtre, notamment à la fin de la grossesse, d'odeur fade. Au microscope, on y trouve des particules graisseuses venant de la matière sébacée des

glandes du fœtus (*vernix caseosa*), des débris épidermiques, des poils (*lanugo*). Mais il est très difficile, et cela se comprend, d'en recueillir.

Il y a donc, en présence d'un écoulement d'eau, certaines causes d'erreur à éviter.

Tout d'abord, il faudra éliminer un écoulement d'origine vésicale (émission involontaire d'urine). On caractérisera facilement l'urine par sa couleur et son odeur spéciale. D'autre part, l'écoulement d'urine est peu abondant et se fait sans brusquerie. On pourra même aussi, si on le veut, pratiquer le cathétérisme.

Il faudra ensuite éliminer la possibilité de rétention, dans la cavité vaginale, du liquide d'une injection qui a été pratiquée auparavant.

On éliminera également les sécrétions d'origine vaginale. Celles-ci ont, comme caractéristique, d'être muqueuses, visqueuses et glaireuses.

Lorsqu'il aura été bien établi, enfin, que le liquide qui s'écoule vient bien de l'utérus, il y aura lieu encore de distinguer l'écoulement amniotique de l'écoulement décidual. Ce dernier provient de la caduque malade; il peut apparaître dès les premiers mois ou même les premières semaines. C'est un écoulement brusque, intermittent et toujours de peu d'abondance. La situation de la tête du fœtus ne le modifie pas. Il est séreux, ne contient jamais de matière sébacée et a une coloration légèrement rosée. Il empèse fort peu le linge et y laisse des taches liserées de rose. Généralement cet écoulement alterne avec des pertes sanguines.

Quand, alors, on se sera bien assuré qu'on a affaire à

un écoulement amniotique, il faudra établir encore si la rupture en présence de laquelle on se trouve est située à un point déclive de l'œuf, ou bien s'il s'agit d'une rupture haute.

Le diagnostic entre ces deux cas ne présente pas grande difficulté. En cas de rupture basse, après la brusquerie de l'écoulement du début, persiste un suintement, un goutte à goutte continu.

En cas de rupture haute, au contraire, après la brusquerie de l'écoulement du début, il n'y a plus de suintement persistant.

Alors, dans ce dernier cas, il y aura encore à hésiter entre une rupture vraie des deux membranes chorion et amnios et la rupture d'une poche amnio-choriale. Le diagnostic, alors, en est très délicat ; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'en cas de rupture de poche amnio-choriale l'écoulement ne se reproduit pas.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

D'après tout ce qui précède, on voit qu'il y aura donc lieu, tout d'abord, d'établir un traitement prophylactique, c'est-à-dire que l'on conseillera à la femme, bien plus encore si dans ses grossesses précédentes elle a déjà eu une rupture prématurée de la poche des eaux, le repos corporel et l'abstention complète de gros efforts.

Le médecin devra éviter les touchers trop répétés.

Que faire alors, si l'on se trouve en présence d'une femme qui a rompu prématurément sa poche des eaux ? Garipuy conseillait lui-même le repos complet au lit pour la femme, et l'abstention complète de toute intervention pour le médecin. Mais, disait-il, « ne rien faire n'est pas si facile qu'on pourrait bien le croire, contre toute une famille inquiète, désireuse d'en finir le plus tôt possible, contre un mari impatient, contre des parents

qui diront que c'est par ignorance que vous n'intervenez pas. Le médecin, sans s'arrêter aux plaintes des uns et des autres, n'oubliera pas que l'intervention ne pourrait être que nuisible aux deux êtres sur la vie desquels il a mission de veiller, et que l'expectation seule lui est formellement indiquée. » Nous devrons donc toujours nous souvenir de ces paroles de Garipuy.

En cas de rupture prématurée, il faudra, en premier lieu, mettre la femme au lit et lui interdire de se lever sous quelque prétexte que ce soit ;

2° S'assurer de la présentation et de l'état de vie du fœtus. On peut alors être rassurant si tout est bien ;

3° Faire une toilette périnéale et vaginale très minutieuse, faire l'occlusion de la vulve et recouvrir ensuite le tout au moyen d'un lame de coton stérilisé. Ne pas placer de tampon vaginal ;

4° Attendre patiemment que l'accouchement survienne. Donc faire préparer tout ce qui est nécessaire a cet effet ;

5° Si la femme n'est pas très proche du terme, on peut, dans ce cas, faire de la morphine dès qu'il y a apparition de douleurs. Car si on peut ainsi retarder la date de l'accouchement, ce sera autant de gagné pour l'enfant ;

6° Il reste bien entendu qu'il faut, pendant toute cette période : s'abstenir de toucher et ne pas employer des injections vaginales répétées, afin de ne pas courir le gros risque d'apporter de cette façon des germes pathogènes ;

7° Surveiller journellement la femme. Prendre sa température, son pouls, et contrôler les battements fœtaux ;

8° S'il survient des symptômes menaçants, c'est-à-dire si le liquide amniotique présente une certaine odeur, si la température de la femme s'élève, si le fœtus succombe, il faut alors provoquer le travail et faire l'accouchement le plus tôt possible.

Soins consécutifs. — Il est inutile de pratiquer une injection intra-utérine, à moins d'infection déclarée. Pinard, dans ce cas, pratique en plus une injection de sérum antistreptococcique. On a même conseillé de faire cette dernière à titre prophylactique. Il n'est pas nécessaire de l'employer à ce titre ; cependant on peut, si l'on veut, la faire quand on a eu un travail qui a traîné un peu trop. En tout cas, il ne faut pas négliger de la faire lorsqu'on se trouve en présence d'infection amniotique.

Il faudra surveiller également la femme au moment de la délivrance, car en cas d'insertion basse du placenta les hémorragies sont à redouter.

On pratiquera très soigneusement la toilette de l'enfant, surtout s'il y a eu le moindre signe d'infection : « le laver souvent, lui faire prendre des bains fréquents, lui irriguer la gorge et les narines avec de l'eau bouillie, lui administrer de petits lavements, en un mot le débarrasser par tous les moyens possibles des matières septiques qui encombrent sa peau et ses muqueuses », telles sont les recommandations données par Demelin.

CONCLUSIONS

De tout ce travail, nous pourrons donc conclure ce qui suit :

1° La rupture prématurée des membranes n'est pas aussi fréquente qu'il a été dit jusqu'à présent. La proportion que nous avons trouvée est de 2,79 % sur la totalité des accouchements ;

2° Elle est fréquente surtout pendant les trois derniers mois de la grossesse et principalement lorsque la femme est au voisinage du terme ;

3° La gémellité et le gros œuf (enfant pesant plus de 4.000 gr.) semblent y prédisposer ;

4° Les primipares de 20 à 30 ans y sont particulièrement sujettes (30,27 %). Après elles viennent les multipares âgées de plus de 30 ans (29,33 %) ;

5° Les professions fatigantes, nécessitant un travail debout, y prédisposent surtout ;

6° La fragilité des membranes, due à l'endométrite, semble, contrairement à ce que croyaient les anciens, n'avoir qu'assez peu d'influence sur la rupture prématurée des membranes ;

7° Proportionnellement, c'est parmi les présentations de l'épaule et celles du siège que l'on trouve le plus souvent la rupture prématurée ;

8° Elle est plus fréquente dans les positions antérieures (64,10 %) que dans les positions postérieures ;

9° Dans la grande majorité des cas, c'est lorsque la présentation fœtale est engagée que se produit le plus fréquemment la rupture prématurée ;

10° La grande majorité des enfants sont d'un poids un peu inférieur à la moyenne ;

11° L'insertion basse du placenta est une des causes importantes de la rupture prématurée ;

12° Les causes d'origine extérieure n'y prédisposent qu'en faible proportion ;

13° Le travail débute généralement, chez les primipares comme chez les multipares, dans un délai de 4 à 12 heures après la rupture ;

14° La rupture prématurée diminue la longueur de la période de dilatation chez les primipares comme chez les multipares ;

15° Elle diminue légèrement la période d'expulsion chez les primipares, tandis que chez les multipares cette période d'expulsion reste sensiblement égale à la moyenne ;

16° Chez les primipares comme chez les multipares, la rupture prématurée abrège la durée totale du travail ;

17° Le délai de la délivrance n'est pas influencé. L'hémorragie de la délivrance se rencontre 11 fois sur 100. La rétention des membranes est assez rare ;

18° L'infection du liquide amniotique se trouve dans (7,33 %) des cas de rupture prématurée ;

19° L'accouchement se fait en général spontanément ;

20° Le pronostic, pour la mère comme pour l'enfant, est favorable dans la majorité des cas.

En résumé, nous pouvons dire que la rupture prématurée des membranes de l'œuf n'est pas un accident particulièrement redoutable et qu'il ne faut plus attacher d'importance à ce que disaient les anciens auteurs qui craignaient tant de ce fait un travail long et pénible, dangereux pour la mère comme pour l'enfant.

La rupture prématurée, au contraire, semble favorable à l'accouchement en en abrégeant la marche.

Elle ne sera pas un inconvénient à la condition :

1° *Que les précautions antiseptiques soient bien prises ;*

2° *Que l'accommodation entre la tête et le segment inférieur soit bonne, car une tête bien fléchie est un dilatateur presqu'aussi parfait qu'une poche des eaux ;*

3° *Que les contractions utérines soient régulières et énergiques, et que l'accouchement s'ensuive.*

Donc, si tout est normal par ailleurs, la rupture prématurée de l'œuf n'aura aucune influence fâcheuse ni sur la santé de la mère, ni sur celle de l'enfant.

Vu et approuvé :
Nancy, le 21 juin 1920.
Le Président de la Thèse,
FRUHINSHOLZ.

Vu :
Nancy, le 23 juin 1920.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 24 juin 1920.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

Année	Nombre total des Accouchements	Nombre total des Rupt. Prématurés	Age de la femme et Parité — Avant 20 ans Primip.	Avant 20 ans Multip.	de 20 à 30 ans Primip.	de 20 à 30 ans Multip.	au-delà de 30 ans Primip.	au-delà de 30 ans Multip.	Profession — Assise	Profession — Debout	Age de la grossesse au moment de la Rupture — Avant 5 mois	de 6 à 8 mois	8 mois	8 mois ½	9 mois	Présentation — Sommet	Siège	Epaule	Position — Antérieure	Postérieure	Etat de la Présentation au moment de la Rupture — Mobile	Arrêté	Engagée	Endométrite	Traumatisme
1900	556	21	1	0	6	8	1	5	3	8	0	4	2	3	9	14	3	3	5	9	2	0	15	"	1
1901	575	17	2	1	4	4	0	6	2	11	0	4	4	3	5	13	3	1	4	8	4	0	8	"	2
1902	630	17	0	1	7	4	1	4	4	5	0	1	1	3	8	17	0	0	7	5	0	2	9	1	1
1903	661	19	0	0	11	4	0	4	6	12	0	5	1	4	7	15	2	2	6	9	0	0	13	1	1
1904	735	21	1	0	5	7	2	6	3	4	0	2	4	4	11	15	6	0	7	10	4	2	12	"	"
1905	705	12	0	0	5	2	0	5	2	7	0	1	3	3	5	10	2	0	9	3	1	0	9	"	"
1906	737	17	1	0	4	6	1	5	5	9	0	1	4	4	8	15	2	0	11	6	2	3	10	"	1
1907	745	20	4	0	5	7	0	4	4	11	2	3	1	3	6	16	2	1	16	2	2	0	10	"	"
1908	899	16	0	0	6	5	0	5	4	7	0	1	0	2	13	14	2	0	13	3	1	4	9	"	1
1909	918	28	4	1	8	7	1	7	5	17	1	1	3	3	19	24	3	0	15	11	2	4	16	2	2
1910	1007	30	2	0	9	9	0	10	8	17	0	3	2	5	18	28	1	1	17	11	2	9	9	1	1
1911	961	20	0	1	6	9	1	3	6	9	0	0	4	7	7	17	2	1	8	8	0	10	5	"	"
1912	1029	25	1	0	5	12	2	5	8	9	1	4	6	2	11	21	4	0	7	6	3	2	11	2	"
1913	1012	20	3	0	9	7	1	0	0	5	0	0	4	3	11	20	0	0	15	4	2	10	5	"	1
1914	1044	24	(1) 3	0	7	6	0	7	6	15	0	0	1	4	5	24	0	0	16	3	3	1	1	"	"
1915	723	24	0	0	9	5	2	8	8	16	2	2	6	6	8	19	4	0	5	1	5	4	4	1	"
1916	619	18	1	0	4	5	0	8	6	11	1	0	4	4	3	17	1	0	5	9	7	5	3	"	2
1917	627	20	(2) 2	0	8	1	0	8	5	14	2	2	3	5	8	15	2	1	7	2	6	2	4	"	"
1918	365	7	1	0	0	1	0	5	2	5	0	2	1	3	1	4	3	0	2	2	2	0	0	"	1
1919	747	38	0	0	8	10	3	16	7	20	1	4	8	10	15	32	4	1	27	7	8	6	11	5	4
1920	321	22	(3) 3	0	6	5	2	6	7	14	1	2	3	6	10	20	1	0	16	3	2	7	12	"	2
	15.616 (+)	436 (+)	29	4	132	124	17	127	101 (4)	226	11	42	65 (5)	87	194	370	47 (6)	11	218 (7)	122	58 (8)	71	176	13	21
		2,79 %	6,69%	0,92%	30,48%	28,63%	3,92%	29,33%	23,16%	51,83%	2,77%	10,52%	16,28%	21,80%	48,62%	2,89%	9,61%	10,09%	64,10%	35,88%	19,01%	23,27%	57,70%	2,98%	4,81 %

Date d'Apparition des premières Douleurs.

	dans les 2 h Primip.	dans les 2 h Multip.	de 2 à 4 h Primip.	de 2 à 4 h Multip.	de 4 à 12 h Primip.	de 4 à 12 h Multip.	de 12 à 24 h Primip.	de 12 à 24 h Multip.	de 24 à 48 h Primip.	de 24 à 48 h Multip.	au delà de 48 h Primip.	au delà de 48 h Multip.
1900	1	1	2	4	2	4	1	1	0	2	2	1
1901	1	3	1	0	1	3	0	2	3	1	0	2
1902	2	2	1	1	3	2	0	1	1	1	0	2
1903	3	1	1	1	1	0	1	2	1	2	4	2
1904	1	1	2	2	1	4	1	1	2	2	1	3
1905	1	2	1	1	2	2	1	0	0	1	0	1
1906	0	3	0	1	5	5	0	0	0	1	1	1
1907	4	3	0	1	2	2	0	1	1	0	2	4
1908	1	2	1	2	3	1	0	2	1	0	0	2
1909	6	5	3	1	2	2	1	3	1	3	0	1
1910	1	5	3	4	4	2	2	1	1	4	0	3
1911	3	1	0	3	0	4	1	0	3	2	1	2
1912	1	3	1	2	1	4	4	1	0	2	1	5
1913	3	1	2	1	3	3	0	0	0	0	0	2
1914	0	2	0	0	3	2	1	0	2	2	2	1
1915	2	3	0	1	2	3	4	2	2	1	2	3
1916	0	1	2	2	0	2	1	1	0	2	2	5
1917	2	3	0	0	3	1	2	2	1	1	2	2
1918	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2
1919	4	6	2	1	2	5	2	7	0	2	1	6
1920	3	3	1	1	1	3	2	1	1	2	3	1
	(9) 39	51	23	30	43	54	22	30	20	33	24	50
	90		53		97		52		53		74	
	22,80%	20,56%	13,45%	12,09%	25,14%	21,77%	12,86%	12,03%	11,69%	13,34%	14,03%	20,16%

Durée totale du Travail

	6 h et moins Primip.	6 h et moins Multip.	de 6 à 12 h Primip.	de 6 à 12 h Multip.	de 12 à 24 h Primip.	de 12 à 24 h Multip.	au delà de 24 h Primip.	au delà de 24 h Multip.
1900	2	4	3	6	3	2	0	1
1901	2	3	2	4	1	3	1	1
1902	2	3	1	2	2	2	2	2
1903	2	3	2	3	2	1	5	1
1904	2	3	2	2	3	5	2	3
1905	2	3	3	2	0	1	0	1
1906	3	2	2	5	1	0	0	4
1907	3	5	3	1	0	0	3	5
1908	0	3	3	3	3	3	0	1
1909	2	2	6	9	3	2	2	2
1910	1	3	6	6	0	1	2	3
1911	2	3	2	4	2	3	1	3
1912	2	5	4	8	2	3	0	1
1913	3	3	3	2	2	1	5	1
1914	1	2	4	6	4	2	1	0
1915	0	6	2	3	4	3	5	1
1916	0	9	2	3	2	1	1	0
1917	0	6	3	0	4	2	3	1
1918	1	1	0	1	0	0	0	4
1919	1	6	5	15	4	1	2	2
1920	1	4	4	1	4	3	2	3
	(10) 34	83	61	86	47	40	36	39
	117		147		87		75	
	19,10%	33,46%	34,26%	34,68%	26,40%	16,12%	20,22%	15,72%

Durée de la Dilatation

	4 h et moins Primip.	4 h et moins Multip.	de 4 à 12 h Primip.	de 4 à 12 h Multip.	de 12 à 24 h Primip.	de 12 à 24 h Multip.	au delà de 24 h Primip.	au delà de 24 h Multip.
1900	0	2	4	5	3	1	0	0
1901	1	2	1	5	0	2	0	1
1902	1	1	2	3	1	0	2	0
1903	0	3	1	1	2	1	3	0
1904	0	1	3	3	1	3	1	0
1905	1	2	3	2	0	0	0	0
1906	1	0	2	2	1	0	0	1
1907	1	2	3	1	0	0	1	2
1908	0	1	3	1	1	3	0	0
1909	2	0	5	4	3	2	0	2
1910	1	3	6	6	0	1	2	3
1911	2	1	2	3	1	3	1	1
1912	2	1	4	6	1	1	0	1
1913	0	0	6	4	0	1	4	1
1914	0	0	2	2	1	0	0	0
1915	0	4	1	1	2	2	4	0
1916	0	2	1	2	1	3	0	0
1917	0	2	1	7	1	0	1	0
1918	0	1	2	1	3	0	2	0
1919	0	1	0	1	0	2	0	2
1920	0	4	3	6	3	0	0	1
	(11) 11	33	62	65	25	23	21	14
	44		127		48		35	
	9,24%	24,44%	52,10%	48,14%	21,00%	17,03%	17,64%	10,37%

Durée de

	0 Oman. Primip.	0 Oman. Multip.	1 h Primip.	1 h Multip.	
	(12) 37	100	42	19	
	137		61		
	31,09%	74,07%	35,29%	14,07%	

(+) Sommet=12.789 Siège = 489 Epaule= 109 Présentation non marquée = 2,229

Somᵗ = 370 Siège= 47 Epaule= 11 Présentation non marquée = 8

(1) Manque 1 femme dont l'âge n'a pas été mentionné sur l'observation.

(2) Manque une femme dont la parité n'a pas été mentionnée sur l'observation.

(3) Manque 1 homme dont l'âge n'a pas été mentionné sur l'observation.

(4) Il y a 109 cas de femmes sans-profession ou dont la profession n'a pas été mentionnée

(5) Manquent 11 cas dont l'age de la grossesse n'a pas été mentionné sur l'observation

(6) Manquent 6 cas dont la présentation n'a pas été mentionnée

(7) Dans 96 cas la position n'a pas été notée

(8) Dans 131 cas l'engagement n'a pas été noté

(9) La date des Douleurs n'a pas été indiquée dans 17 observations

(10) La durée du travail manque dans 10 observations

(11) Dans 182 observations la durée de la dilatation n'a pas été notée

(12) La durée de l'é… calculée dans …

(13) Dans 193 observ… n'a pas été n…

l'Expulsion			Terminaison de l'Accouchement		Durée de la délivrance		Incidents de la délivrance			Infection du Liquide Amniotique	Etude du Délivre			Déchirures du Périnée	Suites de Couches			Etat de Vie du Foetus		Traumatismes Foetaux	Poids de l'Enfant					Hydramnios		Foetus Macéré		Gros Oeuf		Gr. Gémellaire		Destinée de l'Enfant	
3h		3h et au-delà	Spontané	Intervention	45 min. et moins	au-delà de 45 minutes	Hémorragies	Rétention des Membranes	Dissociation des Membranes		Margination	Insertion Basse	Endométrite		Normales	38° + 38° 1 seule fois	38° + 38° plusieurs fois	Vivant	Mort		au-dessus de 2.500	De 2.500 à 3.000	De 3.000 à 3.500	De 3.500 à 4.000	au-delà de 4.000	Nombre total des cas	Rupture prématurée	Nombre total des cas	Rupture prématurée	Nombre total des cas	Rupture prématurée	Nombre total des cas	Rupture prématurée	A Survécu	N'a pas Survécu
Multip	Primip	Multip																																
1	0	0	17	4	13	0	2	3	0	1	0	1	0	2	19	0	2	16	5	1	5	8	4	2	0	3	2	27	2	15	0	5	0	14	2
0	0	0	14	3	4	0	5	1	0	2	0	2	0	1	12	4	1	15	2	0	6	5	4	0	2	7	1	10	0	14	1	7	0	10	5
0	3	0	12	5	3	0	4	1	0	4	0	2	0	6	9	3	4	12	5	1	4	4	6	1	1	5	1	13	1	10	1	4	0	11	1
1	2	0	16	3	4	0	4	2	0	5	0	1	0	3	15	0	3	16	3	0	7	5	3	3	1	9	0	14	1	11	0	10	2	12	4
0	2	1	15	6	12	1	5	1	0	2	0	4	0	7	13	2	6	17	4	0	2	9	6	0	4	7	0	12	1	17	2	5	1	14	3
0	0	0	12	0	7	0	1	1	0	0	0	2	0	0	11	1	0	12	0	0	2	5	4	0	1	4	0	11	0	16	1	10	2	12	0
1	0	0	17	0	5	0	1	0	0	1	0	6	0	2	15	1	1	15	2	0	1	8	5	1	2	3	0	4	0	17	2	12	2	15	0
2	0	0	18	2	7	1	2	0	0	0	4	16	0	6	13	2	4	18	2	0	8	6	1	0	5	3	1	13	2	26	4	3	1	15	3
0	0	0	16	0	5	0	2	1	0	0	0	11	0	0	9	5	2	16	0	0	1	7	7	1	0	5	1	20	0	25	0	16	2	16	0
0	3	2	26	2	10	3	4	0	0	0	1	7	0	7	23	0	3	24	4	0	3	7	6	4	6	16	0	22	1	31	4	11	0	24	0
0	0	2	26	4	9	0	1	1	0	1	4	7	0	5	23	2	4	29	1	1	7	7	8	3	5	10	0	4	0	22	4	14	2	29	0
0	2	0	19	1	17	1	0	0	0	2	1	10	0	4	17	2	1	17	3	0	4	7	5	1	3	2	0	19	0	20	2	6	0	17	0
0	0	0	25	0	24	0	3	0	0	1	0	14	1	4	23	1	1	22	3	1	9	5	3	2	0	8	0	15	1	18	0	17	6	22	0
1	2	0	15	5	13	1	2	2	0	3	0	9	2	6	16	2	2	19	1	1	2	5	7	3	3	7	0	13	0	27	2	10	0	18	1
0	2	2	20	4	5	0	3	1	1	0	0	13	2	3	18	2	4	22	2	0	2	13	4	2	3	11	1	12	1	29	2	10	1	22	0
0	3	1	23	1	11	1	1	0	0	5	0	16	1	5	18	2	4	22	2	0	8	6	9	0	1	11	1	15	1	24	1	14	1	20	2
0	0	0	17	1	10	0	1	0	0	0	0	10	2	3	16	2	0	18	0	0	5	3	5	1	4	6	0	13	0	27	4	9	1	17	1
0	4	0	18	2	9	2	0	0	0	1	0	9	0	6	16	3	1	13	7	0	7	5	4	1	3	8	0	13	1	16	2	6	3	12	1
0	0	2	4	3	5	0	2	0	0	0	0	4	0	0	4	0	3	5	2	1	2	2	1	0	2	2	0	8	0	10	1	5	1	4	1
0	2	0	35	3	30	2	4	1	0	3	3	9	4	7	37	0	1	35	3	0	5	16	11	3	3	9	0	17	1	30	3	9	2	33	2
0	0	0	21	1	22	0	1	0	1	1	1	3	0	0	17	3	2	21	1	1	6	4	10	2	0	3	0	5	0	11	0	8	2	17	4
6	25	10	386	50 (*)	(13) 231	12	48	15	2	32	14	156	12	77	(14) 344	37	51	384	52 ※	7	(15) 96	137	118	30	49	139	8	290	13	416	36	191	29	354	30
35																																			
21,44%	7,40%	21,00%	88,53%	11,46%	95,06%	4,93%	11%	3,50%	0,45%	7,33%	3,21%	35,77%	2,75%	17,66%	79,62%	8,56%	11,80%	88,07%	11,92%	1,60%	22,32%	31,86%	27,44%	6,97%	11,39%		5,76%		4,48%		8,65%		15,18%	92,18%	7,81%

pulsion n'a pas été
2 observations

ions le délai de la délivrance
iqué

(*) Forceps..... = 26 = 52%
Tractions manuelles et versions = 14 = 28%
Opérations mutilatrices = 10/50 = 20%

25 Forceps sur 370 sommets = 6,75%

(13) Les suites de couches n'ont pas été notées dans 4 observations. (14) Le poids de l'Enfant n'a pas été indiqué dans 6 observations.

※ 18 mort-nés sur 370 présentations du sommet = 4,86%

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alezais. — Rupture prématurée et spontanée des membranes de l'œuf. Thèse, Montpellier, 1882.

Auby. — De l'influence de l'insertion du placenta au segment inférieur sur la grossesse et l'accouchement. Thèse, Paris, 1904.

Bar. — Pratique de l'Art des Accouchements.

Barnes. — *Traité théorique et clinique d'obstétrique,* 1886.

Baudelocque. — Art des Accouchements, 1796.

Capuron. — *Cours d'Accouchements,* 1828.

Cazeaux. — *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements,* 1840.

Chailly-Honoré. — *Traité pratique de l'art des accouchements,* 1867.

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements,* 1883.

Deleurye. — *Traité des Accouchements,* 1777.

Demelin. — *Revue et mémoires d'obstétrique,* 1900.

Depaul. — Clinique obstétricale, 1872-1876.

Dionis. — *Traité général des accouchements,* 1718.

Frühinsholz. — *Revue médicale de l'Est,* 1911.

Garipuy. — Étude sur la poche des eaux, sur sa rupture prématurée, spontanée et artificielle. Thèse, Paris, 1873.

Hippocrate. — *Œuvres complètes.* Traduction de Littré (année 1853), tome VIII.

Lacaille. — De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. Thèse, Paris, 1883.

Mme Lachapelle. — Pratique des Accouchements, 1825.

Levret. — Art des Accouchements, 1761.

Lusk. — Science et Art des Accouchements, 1885.

Mauriceau. — Observations sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies, 1738.

— *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées,* 1740.

Naegele et Grenser. — *Traité de l'art des accouchements,* 1869.

A. Paré. — *Œuvres complètes,* tome II, livre XVIII. De la Génération, chapitre 26, 1840.

Petit. — *Cours d'accouchements,* an VII.

Pierre. — Influence de la rupture prématurée et précoce des membranes sur la durée de l'accouchement et de l'utilité de la rupture intempestive artificiellement provoquée dans certains cas. Thèse, Nancy, 1912.

Pinard. — *Annales de Gynécologie,* mars 1886.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — *Traité d'obstétrique,* 1914.

Richard. — Le repos a-t-il une influence sur la rupture prématurée des membranes ? Thèse, Paris, 1904.

Rœderer. — Éléments de l'Art des Accouchements, 1765.

Scanzoni. — De l'Art des Accouchements, 1859.

Schrœder. — *Manuel d'Accouchements,* 1875.

Spindler. — De la rupture prématurée des membranes dans ses rapports avec l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Thèse, Paris, 1896.

Stein. — L'Art d'accoucher, 1804.

Tarnier et Chantreuil. — *Traité de l'Art des Accouchements,* 1882.

Varnier. — Obstétrique journalière, 1900.

Velpeau. — *Traité complet de l'Art des Accouchements,* 1835.

Wéber (de Saint-Pétersbourg). — Rupture prématurée de membranes. *Annales de Gynécologie,* 1880.

Von Winckel. — Handbuch der Geburtshülfe, 1905.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS v

INTRODUCTION ET PLAN 1

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION 5

CHAPITRE II

APERÇU HISTORIQUE 7

CHAPITRE III

FRÉQUENCE ET ÉPOQUE DE LA GROSSESSE PENDANT LAQUELLE SE PRODUIT PARTICULIÈREMENT LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES. 18

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE 23

Première partie. — Causes venant de la mère 24

Deuxième partie. — Causes venant de l'enfant 28

Troisième partie. — Causes tenant au placenta. 32

Quatrième partie. — Causes d'origine extérieure 34

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE 35

CHAPITRE VI

Pages

Conséquences de la rupture prématurée 37
Paragraphe 1. — Date d'apparition des premières douleurs . . . 37
Paragraphe 2. — Durée de la dilatation 39
Paragraphe 3. — Durée de l'expulsion 41
Paragraphe 4. — Durée totale du travail 42
Paragraphe 5. — Délai et incidents de la délivrance 44
Paragraphe 6. — Infection du liquide amniotique 45
Paragraphe 7. — Terminaison de l'accouchement 45

CHAPITRE VII

Pronostic 47
Paragraphe 1. — Pronostic maternel 47
Paragraphe 2. — Pronostic fœtal 49

CHAPITRE VIII

Diagnostic 52

CHAPITRE IX

Traitement 55

Conclusions 58
Index bibliographique 61